

ÉTUDE CLINIQUE

N° 71

SUR LA

PARALYSIE GÉNÉRALE

AVANT

L'ALIÉNATION MENTALE CONFIRMÉE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 30 JUILLET 1896

PAR

M^{LE} VÉRA GAVRISSÉVITCH

Née à Babtchincy (Russie)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER
IMPRIMERIE CENTRALE DU MIDI
(HAMELIN FRÈRES)

1896

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (*). DOYEN
CARRIEU. ASSESSEUR

PROFESSEURS

Hygiène.	MM. BERTIN-SANS.
Clinique médicale.	GRASSET (*).
Clinique chirurgicale.	TEDENAT.
Clinique obstétricale et gynécologie	GRYNFELTT.
Thérapeutique et matière médicale.	HAMELIN (*).
Clinique médicale.	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.	MAIRET (*).
Physique médicale.	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicale	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale et pharmacie.	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie.	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie	GILIS.
Opérations et appareils.	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie	N...
Id. Sarda (Ch. du c.)	
Anatomie pathologique.	N...
Id. Bosc (Ch. du c.)	
Microbiologie.	N...

PROFESSEURS HONORAIRES : MM. JAUMES, DUBRUEIL (*), PAULET (O *)

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique annexe des maladies des enfants.	MM. BAUMEL, agrégé.
Accouchements	PUECH, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.. . . .	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	ESPAGNE, agrégé libre.
Pathologie externe.	N...

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. BAUMEL	MM. LAPEYRE	MM. VALLOIS
BROUSSE	MOITESSIER	MOURET
SARDA	BOSC	DELEZENNE
LECERCLE	DE ROUVILLE	GALAVIELLE
RAUZIER	PUECH	

MM. H. GOT, *secrétaire*.
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire*.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. GRASSET, *président*.
DUCAMP.
SARDA.
RAUZIER.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A NOTRE EXCELLENT MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GRASSET

Nous ne trouvons point de termes assez éloquents pour lui exprimer toute notre admiration et notre reconnaissance.

Nous emportons avec nous un profond regret de ne pouvoir plus assister à ses merveilleuses leçons cliniques qui éveillaient naguère notre esprit et encourageaient au travail. Aussi sa personne toujours bienveillante, pleine de tact et d'esprit, sera pour nous un des plus précieux souvenirs de notre séjour à Montpellier.

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RAUZIER

Ce n'est pas par ces quelques lignes que nous pourrions acquitter notre dette de reconnaissance envers lui ; elle est si grande — cette dette — qu'en le remerciant toujours, nous ne le remercierons jamais assez. N'est-ce pas lui qui, le premier, a pris la peine de diriger nos études, qui depuis nous a toujours aidé par ses lumières ? C'est à lui aussi que nous recourrions toutes les fois que nous avions besoin d'un bon conseil, et nous n'avons jamais trouvé d'hostilité, mais toujours un accueil bienveillant et amical. Ces quelques lignes ne sont donc qu'un faible reflet de notre dévouement et de notre gratitude.

V. GAVRISSÉVITCH.

A tous ceux, parmi nos Maîtres et nos camarades,
qui, par leur bonté et leur tact, nous ont épargné,
durant nos études, quelques-unes de ces
épines qui sont mille fois plus dures à
supporter pour une étrangère que
pour un étudiant français ; à
ceux qui ont contribué à
nous laisser une bonne
impression de la
Faculté de Montpellier
et de la France.

V. GAVRISSÉVITCH.

ÉTUDE CLINIQUE
SUR LA
PARALYSIE GÉNÉRALE
AVANT
L'ALIÉNATION MENTALE CONFIRMÉE

INTRODUCTION

Le titre que nous avons choisi pour notre ouvrage peut paraître un peu sensationnel, mais ce n'est pas là le but que nous poursuivons ; le fait est qu'en nous lançant à la poursuite d'expressions plus heureuses, nous n'en avons trouvé aucune qui puisse mieux correspondre à notre idée. Nous n'avons cependant pas l'intention de créer une variété à part de paralysie générale, ni de revenir aux idées des anciens qui, frappés comme nous par l'existence d'un certain nombre de paralytiques généraux dans les hôpitaux ordinaires (situation légitimée par l'absence de symptômes d'aliénation mentale) qui seuls auraient pu justifier leur internement dans un asile, ont cru devoir créer une paralysie générale progressive sans folie. Ce qui distingue notre manière de voir de la leur, c'est une réserve prudente sur le pronostic des cas semblables

à ceux que nous rapportons ; non seulement nous n'écarterons pas l'idée d'une possibilité de troubles mentaux dans l'avenir de ces malades, mais nous serons les premiers à en profiter, car cela justifiera d'autant notre diagnostic. Notre but est d'attirer l'attention sur la durée très considérable de la période de début que nous observons chez certains de ces malades et les conséquences pratiques et thérapeutiques qui en découlent.

Cette question présente, en effet, une importance capitale au point de vue pratique, et que nous tâcherons de démontrer dans la suite. La paralysie générale a été créée comme entité morbide par les aliénistes. Ce sont eux qui ont su la séparer d'autres troubles mentaux d'un ordre tout à fait différent, de psychoses pures en particulier. Si, au point de vue scientifique, leur œuvre fut couronnée d'un succès mérité, le côté pratique de la question a toujours laissé beaucoup à désirer. La plupart des auteurs se trouvent désarmés devant cette maladie qu'ils considèrent comme fatale à bref délai : ainsi Bayle évaluait cette durée à dix mois, Calmeil à treize mois, Parchappe à deux ans ; Esquirol dit (p. 264) : « Il est vrai que les aliénés paralytiques vivent au delà d'un à trois ans. » Kraft-Ebing fixe trois ans, Chrichton-Brown quatre ans, Mendel quatre ans. Ce qui est intéressant à constater, c'est cette augmentation successive de durée à mesure que nous nous éloignons des temps où cette entité morbide fut annoncée pour la première fois. Les auteurs semblent devenir plus cléments envers ces pauvres insensés en leur accordant un délai plus grand de vie ; Magnan va même jusqu'à prolonger celle-ci pour les déments paralytiques simples de huit à dix ans. Mais, malgré l'amélioration notable qu'a subi le sort des paralytiques généraux, le mot progressive est toujours là qui effare le praticien et l'entourage. Pour la guérison, il n'y a pas à y songer ; nous entendons bien quelques voix timides qui semblent vouloir jeter quelques rayons d'espoir sur le fond lugubre de cette

scène, mais ils y attachent eux-mêmes très peu d'importance, ils en parlent incidemment et cherchent aussitôt à diminuer l'effet produit en faisant intervenir la question des pseudo-paralysies générales. Pour nous, d'accord avec M. Morel-Lavallée (1), cette question n'a, au lit du malade, qu'un intérêt médiocre, car rien ne la distingue de ces pseudo-paralysies générales de la paralysie générale vraie, que le fait de la guérison, et comme par cela même l'encéphale échappe à la confirmation microscopique, on est réduit à des suppositions plus ou moins plausibles.

Les cas de durée prolongée de la phase initiale de la paralysie générale ou de la « démence paralytique simple », d'après M. Magnan, sont des cas exceptionnels pour les auteurs ; cependant il nous semble qu'ils se multiplieraient beaucoup si on avait le soin de les chercher ailleurs que dans les asiles, où, par la force même des choses, on ne voit que des cas avancés, ceux où de véritables troubles d'aliénation mentale ont été constatés. Les malades sont d'autant moins portés à franchir le seuil de l'asile dans la période de début, qu'ils appartiennent à une classe où le niveau intellectuel est peu élevé ; car l'intelligence du dément, quoique fortement diminuée, peut parfaitement suffire au train-train de la vie ordinaire ; si, en effet, le cerveau du patient n'a pas été cultivé à l'état normal, le trouble que la maladie aura apporté dans son fonctionnement ne sera apprécié que par un œil exercé, et la maladie passera inaperçue, jusqu'au moment où elle se révélera par un symptôme somatique quelconque, un trouble moteur, par exemple, et alors on pourra croire avoir affaire à une paralysie ordinaire.

Au point de vue pratique, ces cas sont encourageants pour le médecin, qui peut, sinon guérir le malade, au moins tenter

(1) Morel-Lavallée et Belière, *Syphilis et paralysie générale*, Paris, 1889.

d'empêcher l'évolution de la maladie, soit par un traitement hygiénique, soit par le traitement spécifique, si la maladie est sous la dépendance de la syphilis.

HISTORIQUE

Ceci dit, nous tâcherons de résumer la question de la paralysie générale, en ne faisant allusion qu'à ce qui peut se rapporter à notre sujet ; il ne nous est point indispensable de faire son histoire complète, cela nous entraînerait beaucoup trop loin.

Il est convenu de faire remonter l'histoire de la paralysie générale au commencement de ce siècle, d'en faire une œuvre d'Esquirol, de Bayle, de Calmeil, etc. Certains auteurs, tels que Baillarger, Doutrebante (1870), se sont efforcés d'en trouver les traces bien au delà de cette époque ; on franchit même les limites de notre ère et on accuse Asclépiade (80 ans avant Jésus-Christ) d'avoir pressenti la localisation ménigitique de la paralysie générale. A une époque plus rapprochée de nous (1617), Collado paraît avoir observé des cas de cet ordre, quand il dit : « Quorum unum memini, me præsentè, dissectum qui ex phrenetide notha est remissi incidit in paralygium et apoplexium ex quibus periit. » Nous n'allons pas citer tous les auteurs dans les œuvres desquels on peut trouver quelques notions concernant la paralysie générale ; ce que nous avons déjà dit vient suffisamment à l'appui de cette idée, que les grandes découvertes ne sont jamais faites tout d'un coup par un génie, mais qu'elles germent longtemps

dans le cerveau de plusieurs personnes, avant d'être formulées clairement et nettement par quelques-uns. Nous ne voulons pas diminuer la valeur du service rendu par ces auteurs, c'est plutôt pour rendre justice à ceux qui n'ont pas la chance d'être rangés parmi les génies que nous faisons cette allusion.

Ce qui est intéressant, à part cela, dans l'histoire de la paralysie générale, c'est son affranchissement graduel du domaine de la folie simple. C'est ainsi qu'au commencement de ce siècle, Esquirol ne la considérait que comme une complication de la folie, au même titre que peut l'être toute autre maladie, telle que le scorbut, la pneumonie, etc. Ses élèves Georget, Delay (1824), Calmeil (1826), continuèrent la manière de voir de leur maître, en dépit des travaux de Bayle (1822), qui, le premier, en fit une entité morbide. Requin (1846) a voulu l'émanciper encore plus de la folie et affirma que la paralysie générale peut exister sans folie ; cette manière de voir fut adoptée également par Baillarger, qui résuma son opinion de la façon suivante : « La paralysie générale est essentiellement et uniquement une démence paralytique ; elle constitue une maladie spéciale, parfaitement limitée et tout à fait indépendante de la folie : elle doit donc, dans le cadre nosologique, être placée, non dans la classe des folies, mais dans celle des démences paralytiques. »

Ce qu'on appelle les formes maniaques et mélancoliques de la paralysie générale ne seraient pas, comme on l'admet généralement, des formes simples de la maladie, mais bien des formes compliquées de folie paralytique. Sur ce dernier point, l'opinion a bien changé depuis ; actuellement, on considère l'aliénation mentale des paralytiques généraux comme faisant partie de la maladie. Cependant, les auteurs n'en reconnaissent pas moins qu'il existe une forme démentielle de la paralysie générale : pour n'en citer qu'un M. Charcot, en 1892, donc à une époque pas trop éloignée de nous, s'est nettement

prononcé sur ce sujet en disant (1) : « il existe une paralysie générale sans aliénation..., qui ne conduit pas fatalement le malade à l'asile....., etc. (2).

Paul Blocq, dans son relevé statistique comprenant neuf mois (de septembre 1892, au mois de mai 1893), a trouvé, à la clinique de Sainte-Anne, sur 55 malades, 19 qui n'ont pas présenté de conceptions délirantes; Clouston rapporte à peu près le même chiffre (3); John Bullen ne trouve que 15 pour 100 de délirants.

Quelques auteurs, tout en acceptant cette forme, désirent en faire l'apanage du sexe féminin et du jeune âge. Le premier qui s'est occupé de la question est Sander (1870); il conclut que le tableau clinique est le même dans les deux sexes et qu'il n'y a pas lieu de créer une forme féminine de la paralysie générale; cependant il observe que la maladie a un caractère plus calme et une marche moins rapide chez la femme que chez l'homme. Kraft Ebing (1877) est du même avis; de même Christian et Ritti (4), Charcot et Hans Hudden. D'autres auteurs nient, au contraire, la réalité de cette forme; parmi ceux-là nous pouvons citer Kornfeld, Greppin (1890) (7 cas de femmes avec démente simple pour 8 cas de manie des grandeurs), Berg, Idunow, Wollenberg (5). Quant à nous, nous n'avons point fait de statistique pour nous prononcer formellement sur ce sujet, cependant nous sommes en possession d'une observation qui nous est personnelle, où le malade, quoique du sexe masculin, présente cependant cette forme de démente et de niaiserie qu'on veut attribuer spécialement aux femmes.

(1) *Mercredi méd.*, 1892, n° 6, p. 61.

(2) *Semaine méd.*, 22 décembre 1893.

(3) *Journ. of. ment. science*, avril 1893.

(4) *Diction. encyclop. des sciences méd.*, 1885.

(5) *Archiv f. Psychiatrie*, XVI Band, 2 Heft.

Nous nous permettrons de la citer à ce point de vue. Nous l'utiliserons également quand il sera question de l'étiologie.

Observation I

Clément M., cafetier, vingt-six ans, entré dans le service en mars 1896. Salle Fouquet, n° 15.

Bien portant à sa naissance et jusqu'à neuf mois. Dentition difficile. Ne commença à marcher et à parler qu'à partir de trois ans. A onze ans, reçoit un coup de pied de cheval à l'occiput, derrière l'oreille gauche ; il en conserve des traces jusqu'à présent ; on l'emporta sans connaissance et il resta dans cet état pendant douze heures. Une fracture du nez fut découverte. A seize ans, son oreille gauche a commencé à couler. L'écoulement était purulent et fétide, et le malade est devenu dur d'oreille. Il est sujet en outre aux migraines.

A vingt et un ans il se rend en Afrique où il fait son service militaire. En 1894, il retourna dans sa famille et fut atteint dès ce moment d'une ostéopériostite alvéolo-dentaire qui exigea l'ablation de la dent. Son caractère est doux, sa volonté faible ; il boit beaucoup, surtout des liqueurs, de l'absinthe.

En février 1895, il se marie, et, cinq mois plus tard, sa femme, atteinte d'une fièvre typhoïde étant tombée malade, il est seul à faire son travail de cafetier et à soigner sa femme ; aussi se fatigue-t-il beaucoup ; il devient triste, irascible, et s'accuse d'être la cause de la maladie de sa femme.

A la fin du mois d'août, il est pris de maux de tête épouvantables, de sorte qu'il ne voyait presque plus. Huit jours après, le début de la céphalée, en se levant un matin, il alla aussitôt chercher du chocolat dans une épicerie à côté. Mais, la parole lui ayant manqué, il fut obligé de recourir aux gestes et arriva à se faire comprendre ; de là, il se rendit à la fontaine, où il plaça tête sous le jet d'eau : on l'emmena chez lui ; il fut aussitôt pris du délire, ne connaissant que sa femme, et se mit à converser avec son père qu'il croyait vivant.

Le médecin posa le diagnostic de méningite et fit appliquer de la

glace sur la tête, pendant vingt-quatre heures. Au bout de quatre jours, il se leva, bien portant en apparence, mais sa parole était devenue incohérente ; il se trompait de mots : disait bouteille au lieu de dire chaise, ainsi de suite. En même temps sa tristesse augmenta ; souvent il passait des journées entières assis dans un coin sans vouloir parler à qui que ce soit ; il essaya même de se tuer en se jetant par la fenêtre. Cet état continua jusqu'au mois de janvier, époque à laquelle il fut pris d'une attaque, avec perte de connaissance ; elle dura un quart d'heure. On s'en est aperçu après que le bras et la jambe droite étaient devenus paralysés ou plutôt parésiés, car il pouvait s'en servir quoique avec difficulté. La famille alla consulter un spécialiste des maladies de l'oreille, croyant que tout était dû à la suppression de l'écoulement par l'oreille.

M. le docteur Brousse, chargé de la consultation des maladies vénériennes et cutanées, fut également consulté pour un phlegmon de la main et prescrivit de l'iodure et du bromure. Quelques jours avant son entrée à l'hôpital, le malade perdit ce qui lui restait de mémoire, sans attaque ni accident quelconque. A l'hôpital, son air était tout à fait ahuri et il menait une vie purement végétative ; la sœur de service était exaspérée de son maintien peu convenable, car son ahurissement allait jusqu'à l'oubli complet de la manière dont il fallait se nourrir ; ainsi il prenait la soupe avec la main au lieu de cuillère et la face entière en profitait presque autant que la bouche ; il se trompait souvent de salle et se couchait dans d'autres services, il faisait tous ses besoins au lit, quelquefois aussitôt après être revenu du cabinet où on le menait par précaution. Une cicatrice de chancre étant retrouvée, le traitement spécifique fut institué.

Peu à peu, la parole et un peu d'intelligence reparurent ; en même temps il commença à manger tout seul et se mouillait plus rarement. Lors de notre premier examen, il fut très émotionné, tremblait et semblait avoir peur ; peu à peu il s'y habitua et parut s'intéresser aux divers procédés d'investigations que nous employons. Sa parole est monotone, il parle comme un écolier qui débite sa leçon mal apprise. Il ne comprend que rarement ce qu'on lui dit, mais il comprend assez bien les gestes. Ses réponses sont plutôt en rapport avec ses pensées à lui qu'avec les questions qu'on lui pose. Ainsi, il parle souvent de son régiment ; son discours est souvent composé de mots dénués de tout sens. Ces derniers jours, il est de bonne humeur, rit sans cesse, mais au milieu du rire il verse souvent quelques larmes

aussi inattendues que le rire. Il peut lire et écrire, mais saute souvent les mots ou les défigure en avalant quelques lettres; mais, si on attire fortement son attention sur ces mots, il les lit et écrit correctement, son attention cependant se fatigue vite et l'incohérence apparaît. La dictée est plus difficile que la copie, mais il écrit assez correctement son nom et celui de sa femme. Les perceptions semblent se faire assez lentement, mais, une fois acquises, il les remue assez longtemps, tout à fait automatiquement; ainsi nous lui faisons lire les lettres de l'échelle pour apprécier son acuité visuelle, puis il est engagé à suivre le doigt, qui s'élève et se baisse devant ses yeux pour voir si les muscles de l'œil fonctionnent normalement; tout en suivant le doigt, il répète les lettres qu'il a lues un moment auparavant sur l'échelle, mais qu'il ne voit plus actuellement.

Les réflexes rotuliens sont exagérés aussi bien que ceux des membres supérieurs; les réflexes pharyngien et palpébral sont conservés, Point de signe de Romberg. Pupilles égales, un peu paresseuses. Strabisme convergent, héréditaire et congénital. Point de tremblement, sauf celui causé par l'émotion. Sensibilité conservée. Force moindre de cinq degrés dynamométriques à la main gauche qu'à la main droite. En général, force peu considérable. La démarche du malade n'a rien de particulier, si ce n'est qu'il traîne la jambe gauche (reliquat de son hémiplegie). Facies sans expression; le plus souvent, indifférence absolue, regard vague. Bosses frontales très développées (rachitisme).

Antécédents héréditaires. Son père, quoique alcoolique, asthmatique et très nerveux, est mort à soixante-quatorze ans. Sa mère est en vie et en bonne santé; elle a fait deux fausses couches, une à sept et l'autre à deux mois. Le frère du malade est bien portant. Grand-père et grand'mère paternels morts à soixante-huit ans. Grand-père maternel à cinquante-huit ans, grand'mère à quatre-vingt-onze. Arrière-grand-père mort jeune, arrière-grand'mère à cent un ans.

Depuis que cette observation a été prise, l'état du malade s'est beaucoup amélioré, il commence à mieux comprendre ce qu'on lui dit, peut exécuter de petites besognes de ménage hospitalier; seulement son appétit a très augmenté, il est devenu glouton et a pris beaucoup d'embonpoint ces derniers temps; ce-

pendant il n'essaye pas d'avaler des objets autres que les aliments. Les nuits sont agitées, il ne s'endort que difficilement.

En résumé, ce malade nous présente surtout des troubles psychiques qu'on pourrait plutôt comparer à l'idiotisme qu'à l'aliénation, si nous ne considérons que son aspect extérieur; c'est d'ailleurs ainsi que le considéraient les voisins de salle, ils disaient : « *c'est un idiot* » jamais, « *c'est un fou* ».

En second lieu, il présente des troubles de la parole et une monoplégie gauche. Nous relevons dans son histoire plusieurs accès congestifs. Enfin, du côté de la motilité, reliquat d'une hémip légie gauche et troubles de la parole, réflexes exagérés, paresse pupillaire.

Une observation est bien peu de chose pour fonder une opinion scientifique, mais ce qui me paraît ressortir de là, c'est que l'allure variable de la maladie que j'étudie est moins en rapport avec le sexe ou l'âge qu'avec le tempérament de l'individu ; chacun réagit à sa manière, et le garçon dont je viens de rapporter l'histoire, doux et tranquille à l'état normal, fait une paralysie générale à forme plutôt dementielle que maniaque ; remarquons que, même dans ses périodes d'irritation, quoique irascible, il n'arrive jamais à la violence, et s'il en veut à quelqu'un, c'est bien à lui-même, puisqu'il s'accuse d'être la cause de la maladie de sa femme. En résumé, les centres psychiques ne peuvent fournir comme éléments d'un délire que ce qu'ils possédaient antérieurement, et, s'il était dementie que dans la grande majorité des cas les femmes présentent un délire moins élevé que celui de l'homme, cela ne serait point étonnant, étant donné que les conditions sociales diffèrent sensiblement en ce moment pour l'homme et pour la femme.

Ainsi Christian et Ritti (1) reprochent presque à la femme de

(1) *Dictionnaire Encyclopédique*, 1885.

ne pas avoir « de projets grandioses qui doivent révolutionner le monde et faire le bonheur du genre humain » ; au lieu de se proclamer Napoléon, Président de la République, maréchal ou un savant illustre, elle se borne à dire qu'elle est enceinte du Président de la République ou qu'elle épousera un prince. Pour nous, rien de plus naturel, car ce sont là, dans l'état actuel des choses, les seuls moyens, pour la grande majorité des femmes, d'influencer les destinées du genre humain. A l'appui de notre thèse il nous vient encore à l'esprit cette remarque très juste d'un des auteurs cités que les paralytiques généraux tendent à adapter leur délire aux faits contemporains de l'histoire ; ainsi, par exemple, un paralytique général du temps de Boulanger aurait prétendu qu'il était Boulanger lui-même. N'est-ce pas là une preuve de plus à l'appui de ce que nous avançons ? Si nous nous attardons un peu trop sur cette question, c'est pour montrer que la différence de forme de la paralysie générale chez l'homme et chez la femme, s'il en existait une, n'aurait pas pour base une cause physiologique, d'infériorité intellectuelle. Dans ces conditions, mais bien plutôt les conditions sociales de sa vie, la paralysie générale féminine ne peut avoir d'intérêt scientifique particulier ; sinon on devrait créer une multitude d'autres variétés et considérer à part la paralysie générale chez les riches et chez les pauvres, chez les savants et chez les non lettrés, chez les religieux, chez les militaires. La preuve en est que le malade dont nous avons rapporté l'observation ne parle que du régiment, puisqu'il venait de faire son service militaire. Enfin on pourrait les multiplier à l'infini, sans que, nous semble-t-il, la limpidité du sujet en fût accrue.

ÉTIOLOGIE

Nous en arrivons à l'étiologie, question qui a beaucoup passionné les auteurs, ces temps derniers, et sur laquelle l'accord n'est pas fait complètement.

Le point le plus controversé, depuis quelques années, est l'influence de la syphilis. Cette question ne date que d'hier et déjà la grande majorité des auteurs reconnaissent son importance. Défendue brillamment par M. Fournier, cette opinion s'est trouvée confirmée en Allemagne, puis en France, par de nombreuses statistiques, dressées avec le plus de soin possible, qui ont montré la fréquence de la syphilis dans les antécédents des malades.

Nous empruntons ses chiffres à M. Fournier qui en a rassemblé une quantité assez considérable ;

D'après :

		Jastrowitz.....	51 —
Goldschmith.....	33 %	De Senna.....	56,2 —
Ascher.....	34,7 —	Mierzejewsky.....	60 —
Ziehen.....	33 à 43 —	Obbeke.....	62 —
Pontoppidan.....	35 —	Geill.....	64 —
(avec cas probables.	48 —)	(avec cas probables.	78 —)
G. Renaud.....	35 —	Thomsen.....	62 —
Lange.....	39 —	Jacobsen.....	65 —
(avec cas probables.	51 —)	Folsom.....	66 —
Cullérie.....	42 —	Bonnet.....	66,6 —
Binswanger.....	45 —	(avec cas probables.	80 —)
(avec cas probables.	60 —)	Hirt.....	66 %
Buckhardt.....	50 —	Hougberg.....	72 —
Goldstein.....	50 —	(avec cas probables.	86 —)

Spillman et Dengler...	72 —	Rohmel.....	77 —
(avec cas probables.	89 --)	Rumpf.....	80 —
Reinhardt.....	73,3 —	Mac Dowall.....	80 —
(avec cas probables.	80 —)	Savage.....	80 —
Cuylits..... hommes.	73 —	Anglade.....	81,8 —
—..... femmes..	66 —	(avec cas probables.	93,4 —)
Snell.....	75 —	Regis.....	70 à 76 —
Strumpell.....	75 —	(avec cas probables.	94 —)
Mindel.....	75 à 78 —	Minor.....	86 —
Jespersen (avec cas pro-		Kowalewsky.....	84.7 —
bables).....	77. —		

Il suffit de jeter un coup d'œil sur ces chiffres pour se convaincre qu'il y a plus qu'une coïncidence entre la paralysie générale et la syphilis. Mais ce qui est plus difficile à démontrer, c'est le rôle de la syphilis comme facteur étiologique. Est-elle l'unique cause de cette affection ou doit-on la ranger simplement parmi d'autres facteurs d'importance égale ? Les auteurs qui prétendent que la syphilis est l'unique cause de la paralysie générale deviennent de moins en moins nombreux ; le nombre de ceux, au contraire, qui comptent la syphilis parmi les causes nombreuses de cette maladie, mais n'en font pas une origine exclusive, s'accroît tous les jours. Mais les auteurs apprécient son influence différemment : tandis que les uns croient qu'elle agit au même titre que d'autres conditions concomitantes, d'autres la considèrent comme la cause même de l'affection ; les autres facteurs étiologiques n'agissant qu'à titre de causes prédisposantes, contribuent seulement à la localisation spéciale de la syphilis. MM. Erb, Strumpell et Möbius, disent que nul ne peut être atteint de paralysie générale ou de tabès, s'il n'est pas syphilitique. MM. Fournier (1) et Morel-Lavallée soutiennent la même

(1) Fournier, *Leçons cliniques sur les syphilis ignorées*. — Jumon, thèse de Paris, Voy. *Études sur les syphilis ignorées*.

thèse ; d'après eux, l'absence de la syphilis dans certains cas mentionnés dans toutes les statistiques ne prouve rien, étant donnée les difficultés de sa recherche et les cas fréquents de syphilis oubliée, de syphilis ignorée, enfin de syphilis héréditaire (1). Morel-Lavallée cite, en outre, un cas remarquable où cinq personnes, ayant pris la syphilis à la même source, ont été atteintes toutes les cinq de paralysie générale. Un cas non moins remarquable est celui d'une famille névropathique dont un seul membre fut atteint de paralysie générale, celui-là seul, justement, qui avait contracté la syphilis, tandis que d'autres, aussi fortement tarés que lui, s'étaient contentés d'une imbécillité et d'une démence partielle qui n'ont rien de commun avec la paralysie générale.

M. Régis soutient, et c'est là qu'il trouve l'explication de l'incurabilité de la syphilis, qu'elle joue le rôle de cause déterminante venant frapper surtout les sujets à prédisposition héréditaire. MM. Neumann, Hausland, Anglade (?), Bannistier, Savage, Dengler (3), Bonnet (4), placent la syphilis au premier rang, n'accordant aux autres facteurs étiologiques (tels que surmenage, alcool, excès vénériens); qu'une influence secondaire, adjuvante. Idanoff (5) considère la syphilis comme un facteur prédisposant à la paralysie générale; en faveur de cette manière de voir plaideraient les cas de syphilis héréditaire ayant abouti à la paralysie générale rapportés par Fournier, Homin (d'Hegsinfors) qui est du même avis, Kraft-Ebing, Karplus (6). Larcher, cité par Fournier (7),

(1) *Revue de Médecine*, 1893.

(2) Thèse de Paris, 1891.

(3) Thèse de Nancy, 1893. *Syphilis et paralysie générale*.

(4) Thèse de Paris, 1891. *Rapport de la syphilis et de la paralysie générale*.

(5) *Revue Neurologique*, 1893, p. 399.

(6) Verein, *f. Psychiatrie und Neurologie*, in *Wien* (12 nov. 1895).

(7) *Affections parasymphilitiques*, 1894, Paris.

dit : « Sans considérer la paralysie générale comme une manifestation spécifique, j'estime qu'un individu syphilitique a de bien plus grandes chances de devenir paralytique qu'un individu sain. »

Enfin une opinion modérée est représentée par les auteurs qui, tout en reconnaissant à la syphilis un rôle important, ne diminuent certainement pas celui des autres facteurs étiologiques. Semal (Belgique) la trouve à l'origine d'une « grande majorité des cas », Bergh « dans la plupart des cas ». Ripping voit dans la syphilis une cause principale, mais non constante et exclusive, de la paralysie générale ; Kowalowsky le trouve dans la moitié des cas comme cause essentielle, dans l'autre moitié des cas, elle agit tantôt comme cause prédisposante, tantôt comme cause déterminante sur un fond héréditaire. Tanowsky considère la syphilis comme cause prédisposante, mais il ne croit pas qu'elle soit une cause constante ou exclusive de la paralysie générale.

Oebeke, dans un travail portant sur cent observations, a trouvé le plus souvent la syphilis dans les antécédents, mais, dans la grande majorité des cas, elle était combinée à d'autres causes telles que : hérédité directe ou indirecte, fatigue cérébrale ou autre, causes morales, excès de tous genres, alcoolisme.

D'après Ziehen (1887), la paralysie générale résulte le plus souvent de la réunion de plusieurs causes, parmi lesquelles la syphilis ne joue point un rôle prépondérant : l'hérédité prédispose aux troubles mentaux et la syphilis à la paralysie ; elle ne se charge donc que de localisation. » Pour Wollenberg (1), la syphilis est souvent la cause de la paralysie générale, mais on doit mentionner également les excès de tout genre, causes

(1) Statistisch und Klinisch. für Kenntniss der paralytischen Geistesstörung beim weiblichen geschlecht Arch. f. Psychiatrie, XVI, Band, 2 Heft.

morales, hérédité, prédisposition neuropathique ; très souvent on trouve dans l'étiologie la combinaison de toutes ces causes.

Quand à la paralysie générale de la femme, les fatigues intellectuelles y sont rares en raison de sa position sociale ; ce qui prédomine, sont les fatigues du travail, les veillées prolongées, les chagrins et une nutrition défectueuse. Ces causes ont été admises par plusieurs auteurs : Kraft-Ebing, Siemerling, Greppin, Westphal, Lojacono. Ces auteurs considèrent également comme circonstance étiologique d'une grande importance dans la paralysie générale chez les femmes, le *retour d'âge* (Klimactérium). On a signalé encore le gravidisme, la lactation ; des cas en ont été rapportés par Mendel, Yung, Schmidt, Hoche, Eickolt, Siemerling et Westphal ; mais ces cas sont combinés le plus souvent avec d'autres facteurs étiologiques, le traumatisme entre autres. Il faut reconnaître que ces questions du retour d'âge et de la lutte pénible pour la vie attirent bien moins l'attention des auteurs français. Enfin, un autre groupe d'auteurs, parmi lesquels nous citerons Charcot (1) et M. Mairet, sont d'avis que l'hérédité neuropathique doit être considérée comme cause la plus importante de la maladie ; les excès de tous genres ne seraient que la conséquence de celle-ci ; quant à la syphilis, elle ne produirait point, d'après M. Mairet (2), la paralysie générale vraie, mais une variété de syphilis cérébrale qu'il désigne sous le nom de paralysie généralisée syphilitique. Nous en parlerons à propos du diagnostic.

Nous devons citer encore une très intéressante expérience de MM. Mairet et Combemale (3) sur la paralysie générale,

(1) Charcot et Dutil, *Archives de Neurologie*, 1892. — *Mercredi médical*, Leçons cliniques, 1892.

(2) *Aliénation mentale syphilitique*. Leçons cliniques, 1893.

(3) Communication à l'Académie des sciences. (Séances 12-19 mars 1888).

produite expérimentalement sur des chiens, par l'injection de l'alcool. Il nous semble même utile d'en rapporter un résumé : « L'intoxication chronique par l'alcool donne lieu, chez le chien, à des poussées délirantes, caractérisées plus particulièrement par des idées de peur, des hallucinations, pouvant porter sur les divers sens. A ces symptômes, qui marquent généralement le début des troubles psychiques, s'ajoutent bientôt de l'affaiblissement intellectuel et des troubles musculaires d'ordre ataxique et paralytique, qui débutent par l'arrière-train, ou qui ont leur maximum au début de cette région, et qui se généralisent rapidement comme dans la paralysie générale. A l'autopsie, on retrouve les lésions principales qui caractérisent cette dernière maladie : inflammation diffuse, méningo-encephalique et dilatation vasculaire des centres nerveux ». Ces expériences ont été continuées en 1891, et ont donné des résultats analogues. L'auteur ajoute, en outre :

« Chez tous mes animaux, la cessation de l'intoxication amena la disparition de tous les symptômes paralytiques ; le caractère transitoire, éphémère même, de ces troubles paralytiques, se rencontrent aussi, on le sait, dans la clinique, et sert, parfois d'ébauche à des troubles organiques plus profonds » (1).

Il nous reste à mentionner l'avis de certains auteurs qui rangent l'arthritisme parmi les facteurs étiologiques de la paralysie générale. Lemoine (2) (de Lille), a trouvé, sur trente paralytiques généraux, dix arthritiques. Il se base sur ce fait que l'arthritisme et la paralysie générale ont, tous les deux, tendance à provoquer des poussées congestives. MM. Doutrebande et Pierret (Lyon) confirment la communi-

(1) *Bulletin Méd. du Nord* (Lille, 1891).

(2) Congrès des Aliénistes de l'Est de l'Allemagne. Session 1^{er} juillet 1888 (Breslau).

cation de M. Lemoine, en ajoutant à l'hérédité arthritique ou nerveuse les poussées aiguës du rhumatisme cérébral, les troubles dyspeptiques qui entraîneraient les troubles de la nutrition et la possibilité d'intoxications secondaires.

Trois observations fort intéressantes, mais dont nous n'avons pu malheureusement nous procurer le compte rendu complet, ont été rapportés par Pétersen-Borstel (1). Elles concernent 3 cas de paralysie générale consécutive à des campagnes militaires.

Les trois malades en question éprouvèrent, immédiatement après la guerre de 1870-1871, une série de troubles psychiques (modification de l'humeur, légère irritabilité, tendance à la violence, à des accès de colère, moment de dépression, de découragement, d'angoisse, affaiblissement de la volonté, perte de l'énergie), mais ce n'est qu'au bout de neuf à quinze ans, que se déclara la paralysie générale classique. Ces malades furent reconnus invalides par les autorités militaires. Cette communication serait bien d'accord avec l'idée de surmenage occasionnant la paralysie générale.

En terminant cet aperçu d'opinions aussi différentes, il nous semble difficile de nous prononcer formellement en faveur d'elle à l'exclusion des autres, étant donné notre peu d'expérience et la grande valeur scientifique des auteurs qui professent ces opinions. Cependant, en nous basant sur les observations qui nous sont personnelles, nous voyons que, dans tous les cas, il s'agit de l'association de plusieurs facteurs étiologiques : ainsi, dans tous les cas, nous avons trouvé l'alcoolisme et la syphilis.

Dans un cas, nous avons, en outre, l'hérédité directe (mère morte de paralysie générale), l'alcoolisme du père et du grand-père, en outre une attaque d'apoplexie mortelle chez la

(1) Congrès des aliénistes de l'est de l'Allemagne.

grand'mère. A l'hérédité névropathique s'associent la tuberculose et la stérilité, et cependant les autres sœurs se portent bien, quoique leur caractère porte des traces d'une l'hérédité tarée. C'est là un point extrêmement intéressant et qui ressemble un peu au cas rapporté par M. Morel-Lavallée, cité plus haut : c'est la syphilis, en effet, qui semble avoir donné un coup de grâce dans le cas particulier. Le seul point qui nous empêche de conclure formellement, c'est l'alcoolisme concomitant, qui peut et doit avoir sa part dans la production de la maladie. — Dans un autre cas, alcoolisme, syphilis, surmenage, préoccupations morales, traumatisme et père alcoolique. — Dans le troisième : alcoolisme, syphilis, retour d'âge, hérédité nerveuse du côté du père ; et encore négligeons nous un côté de la question, celui de la lutte pour la vie, car en dehors de certains états où cette lutte acharnée crève, pour ainsi dire, l'œil de l'observateur, il est le plus souvent difficile d'évaluer l'énergie employée et les ennuis endurés pendant ces luttes. Nous nous associons pleinement à notre confrère le Dr Mauran (de Toulouse) (1), qui dit : « Pour nous, très rarement, la syphilis est capable de produire de toutes pièces la paralysie générale.

« Tous les jeudis et dimanches nous cherchions patiemment, adroitement, auprès des parents et des amis, des renseignements à ce sujet et pour beaucoup, nous sommes absolument certains qu'ils ont abusé de tout ; abus de coït, intoxication tabagique, excès alcooliques, veilles prolongées. D'autres exerçaient un métier tel, qu'ils étaient forcés de veiller, boire et fumer, et cela au milieu du bruit, n'ayant pas un instant de répit pour laisser reposer leurs cellules cérébrales surmenées, vivant affolés et au galop. Seuls chez eux, ils se trouvaient en présence de difficultés financières insurmontables et de chagrins domestiques, au lieu du repos nécessaire à leur pauvre intelligence déjà ébranlée. »

(1) Mauran, Thèse de Toulouse, 1893, p. 16 et 17.

En effet, quoi de plus logique que de donner une part, sinon prépondérante, au moins considérable à ces conditions de vie qui, affaiblissent l'organisme et diminuent sa résistance vis-à-vis des agents nocifs et c'est ce que nous trouvons souvent chez les malades de nos hôpitaux, ceux-ci n'étant peuplés, pour la plupart, que d'individus pauvres, vivant de leur travail.

Mais, revenons à nos observations : dans le quatrième cas nous trouvons la syphilis, l'alcoolisme, le ménopause, et une hérédité névropathique qui se manifeste d'abord par la migraine et un tempérament nerveux, puis par l'hystérie chez un des membres de la famille. Un autre point intéressant, c'est l'âge auquel s'est montrée l'affection.

Nous avons deux cas qui ont coïncidé avec la ménopause et deux autres que l'on pourrait considérer comme étant à début précoce, tous les deux commençant à 24-25 ans. Et d'abord, dans le premier groupe, devons-nous incriminer le retour d'âge comme le fait le public et le considérer comme cause de toute sorte de maladies survenant chez les femmes ? Évidemment non, et l'opinion courante nous paraît, à ce point de vue, fort exagérée. Cependant, dans le cas actuel, l'idée de l'influence de la ménopause sur le développement de la paralysie générale, ne nous répugne point ; la ménopause jouant le rôle de cause prédisposante, bien entendu.

C'est en vertu de sa propriété de produire la congestion du côté de divers organes qu'elle peut favoriser l'éclosion de cette affection qui, elle aussi, est caractérisée par des poussées congestives successives. Autre point à élucider : pourquoi, dans le premier groupe, la paralysie générale s'est-elle développée plus tard que dans le premier, quelles sont les conditions étiologiques qui peuvent éclairer cette question ? Comparons les facteurs étiologiques dans les quatre observations :

OBSERVATION I

Syphilis, alcoolisme, rachitisme, hérédité alcoolique, surmenage physique et moral.

OBSERVATION II

Syphilis, alcoolisme, paralysie du père, ménopause.

OBSERVATION IV

Syphilis, alcoolisme, hérédité directe tuberculeuse, alcoolique, excès divers,

OBSERVATION III

Syphilis, alcoolisme, ménopause, migraine, hérédité neuropathique légère.

Il ressort de cette comparaison que la paralysie à début relativement précoce correspond également à une hérédité et à des antécédents personnels plus chargés. Ce qui est plus difficile à interpréter, c'est le pourquoi de cette gravité, aussi différente dans les deux cas : tandis que, dans l'observation IV, la maladie évolue pendant quatre ans et n'est arrivée qu'à un degré peu avancé, l'autre présente un tableau beaucoup plus dramatique et une évolution assez rapide. La seule cause qu'on pourrait invoquer pour expliquer cette différence est l'absence de traitement antisyphilitique au début, dans le premier cas, et sa présence, bien qu'accomplie d'une manière insuffisante, dans le second cas.

Une seule malade nous a présenté la manie ambitieuse, mais très fugace ; faut-il la considérer pour cela comme une aliénée ? Nous ne le croyons pas, en raison de la fugacité de ce délire surtout. Chose intéressante, dans tous les cas que nous envisageons, ce sont les cordons latéraux qui semblent plus spécialement frappés ; les cordons postérieurs sont indemnes et nous ne trouvons point d'association avec le tabès.

En résumé, les trois observations II, III, IV, qui seules peuvent servir à l'appui de notre thèse, sont caractérisées par la durée très prolongée de la période du début, l'absence d'aliénation mentale (délire), la présence de troubles psychiques

plutôt démentiels et de quelques symptômes somatiques. Comme étiologie, causes multiples : syphilis, alcoolisme, tares héréditaires, et ménopause dans deux cas.

Observation II

(PERSONNELLE)

J... (Marguerite), quarante ans, vendeuse de citrons, est entrée dans le service de M. le professeur Grasset le 26 avril 1894 ; les années précédentes, elle venait de temps en temps passer quelques semaines dans le même service.

Mère morte à quatre-vingt-quatorze ans de vieillesse ; père paralysé pendant neuf à dix ans, mort. Un frère bien portant, marié depuis quinze ans, sans enfants. Un autre frère mort à quarante-huit ans, alcoolique, présentait des douleurs dans les jambes pendant les cinq à six dernières années de sa vie, a eu cinq enfants qui sont morts tous du croup.

La malade elle-même est mariée depuis vingt-cinq ans ; point d'enfants, une fausse couche au début, à deux mois. Alcoolique et syphilitique depuis au moins vingt ans, elle a eu toujours un tempérament émotif et irascible. Il y a dix ans, une émotion lui a procuré une grande crise commitialiforme, avec des convulsions si fortes que l'entourage fut obligé de la tenir pour ne pas la laisser tomber du lit ; l'attaque a duré plusieurs heures. A cette crise ont succédé d'autres, mais moins fortes. En dehors des crises, elle se portait assez bien, quand, au mois de janvier 1893, il lui arriva un accident : elle allait au cimetière avec sa sœur ; tout à coup elle se sentit toute faible et tomba sans perdre connaissance ; relevée, elle ne pouvait plus marcher et traînait sa jambe droite.

Peu de temps après apparurent des vertiges et du mal aux reins. Cette année-là elle entra à deux reprises dans le service et fut soumise au traitement spécifique pendant quatre mois. Depuis quatre ans, les règles sont très irrégulières, souvent elles manquent pendant des mois entiers, et puis après, pendant des semaines et des semaines, elle perd du sang. Actuellement, elle présente un vertige giratoire continu pendant la marche, accusé surtout, si elle marche dehors, dans les grandes rues, où il y a beaucoup de monde en mouvement.

Les objets dansent, la faiblesse la gagne, les jambes deviennent raides et se dérobent, elle tomberait sûrement si elle n'avait pas soin de s'appuyer contre le mur, elle se sent mieux dans les rues étroites et désertes. Voit double de temps en temps ; c'est au moment de ces vertiges surtout que la diplopie est fréquente, mais la diplopie n'est pas due au vertige, ni le vertige à la diplopie, car ils arrivent souvent séparément. La diplopie est passagère, et ne semble pas dépendre d'une direction passagère des globes de l'œil, car elle se produit dans des positions différentes et spontanément, tandis que nous n'avons pas pu arriver à la provoquer en faisant fixer un objet quelconque. Elle accuse une diminution de la vue, que nous rattachons au mauvais état des conduits lacrymaux, l'examen ophtalmoscopique fait par M. le professeur Truc a révélé une légère pâleur de la papille optique. Quand elle ferme les yeux, elle voit du feu qui danse, en outre elle a quelquefois des hallucinations de la vue : des singes, des têtes, des choses terrifiantes, ce qui, joint à une insomnie opiniâtre, l'ennuie beaucoup. Sa mémoire a fortement baissé ; en me racontant sa première crise, elle s'arrêta brusquement et me demanda de quoi elle voulait me parler. Souvent, en fermant les yeux, elle éprouve une sensation de vide dans la tête.

Pendant l'interrogatoire, nous avons remarqué plusieurs fois qu'elle était comme hébétée ; il y a chez elle, incontestablement, un peu de bradypsychisme. Sa sœur, quoique elle-même d'une intelligence médiocre, trouve que les facultés intellectuelles de la malade ont beaucoup baissé ces derniers temps. Elle est sujette, en outre, à des céphalées intenses avec exaspération nocturne ; ce sont des élancements, des martellements à la région frontale et de lourdeur à l'occiput et à la nuque. Pendant son premier séjour à l'hôpital, elle avait de l'incontinence d'urine, ou plutôt peut-être de la faiblesse du sphincter, le besoin d'uriner étant trop pressant pour lui laisser le temps de chercher son vase, cette incontinence ne survenait que la nuit, maintenant elle garde l'urine assez bien. Du côté de l'intestin, c'est l'atonie que nous observons ; ventre ballonné et constipation. L'appétit manque depuis le début de la maladie ; le malade a maigri considérablement. Une faiblesse, une courbature générale l'obligent à garder le lit. Sifflement dans les oreilles. Fourmillements dans les pieds et les mollets.

Examen objectif. — Facies ordinairement anémique, mais de temps en temps on voit la face toute congestionnée, le regard vague, mais hostile en même temps. Peau malsaine, couverte d'éruptions et de

cicatrices de boutons. Alopécie caractéristique spécifique avec les cheveux très clair-semé sur toute la voûte du crâne. Le ventre est gros et ballonné, la jambe droite un peu plus mince que la gauche. Réflexes tendineux exagérés et spasmodiques. Si l'on percute à plusieurs reprises sur le tendon rotulien, les jambes deviennent raides et se contracturent en extension. Il n'y a pas de trépidation épileptoïde provoquée par la flexion brusque du pied, mais elle se produit quelquefois spontanément quand nous percutons le tendon rotulien. Quand la malade se lève le matin, ses mains sont raides et elle ne peut pas fléchir les doigts. Il y a de l'incertitude dans les mouvements intentionnels du bras ; au repos, elle a un tremblement alcoolique des doigts. La démarche n'est pas typique : quand la malade commence à marcher, on voit seulement qu'elle traîne légèrement la jambe droite ; mais au bout d'un certain temps la démarche devient franchement, hésitante, *ébrieuse*, incertaine, il est difficile à la malade de se tourner brusquement. Si le vertige la prend pendant la marche, elle commence à trembler de tout le corps. La langue et les coins des lèvres sont agités de petits tremblements quand on lui fait tirer la langue. Pupilles égales, mobiles. Point de signe de Romberg, ni d'Argyll-Robertson. Il se peut qu'il y ait un peu de nystagmus provoqué, si on fait regarder la malade dans une position forcée. Sensibilité normale ou à peine émoussée pour la douleur. Hémorrhoïdes.

Pendant son séjour à l'hôpital, son état fut beaucoup amélioré ; puis elle sortit et nous l'aurions perdue de vue quand, au mois de mai de cette année-ci, elle est entrée de nouveau. L'amélioration s'est très bien maintenue. Elle n'a que rarement des vertiges ; sa marche est devenue presque normale, si ce n'est la jambe qui traîne un tout petit peu et une incertitude dans l'ensemble de la marche. Sa mémoire est revenue et elle nous répond assez exactement à toutes les réponses ; même, chose encore plus intéressante à noter, elle attire spontanément notre attention sur les bizarreries qu'elle a remarquées dans la conduite d'une autre malade, dont l'observation sera exposée tout à l'heure, ce qui prouve que son intelligence est en éveil, tandis que, lors de notre premier examen, non seulement elle ne jugeait pas la conduite de ses voisines, mais ne pouvait qu'avec de grandes difficultés rendre compte de la sienne.

Observation III

(PERSONNELLE)

R... Baptistine, cinquante-trois ans. Entrée dans le service de M. le professeur Grasset le 7 juillet 1896, malade depuis quatre ans. Marchande de gibier.

Antécéd. héréd. Mère morte de maladie de foie, père d'une pneumonie, a une sœur et un frère bien portants. Mariée, a eu trois enfants et puis deux fausses couches. La fille aînée, trente-cinq ans, présente des crises d'hystérie majeure, elle a une fillette qui se porte bien ; la fille cadette, 17 ans, va bien. La malade a perdu un petit garçon de deux ans d'une fluxion de poitrine. Un an après la naissance de son dernier enfant, elle a eu sa première fausse couche à trois mois, puis, un an après, une seconde à cinq mois. Entre la naissance du dernier enfant et le premier avortement elle a eu des boutons sur le cou et la poitrine qu'on a pris pour des anthrax (peut-être origine spécifique), elle en porte les cicatrices visibles. N'a jamais eu de rhumatisme, mais sujette aux migraines comme toute la famille d'ailleurs. Buvait beaucoup d'alcool, surtout avec du café, son métier le favorisant beaucoup. Son mari présente des douleurs dans les jambes à exaspération nocturne (ostéocopes ?) ; il est, en outre, complètement chauve.

Sa maladie date de quatre ans à peu près et coïncide avec la ménopause ; elle a commencé par des éblouissements fréquents (plusieurs dans la même année) et de la surexcitation. La malade a suivi à ce moment un traitement par des pilules, des bains, des douches, des sirops (?). Souvent elle pleurait sans raison ; d'autres fois, au contraire, elle se montrait toute satisfaite de sa personne et de sa position, se croyait riche et voulait augmenter son commerce ; sous l'influence des douches, le tout s'est calmé.

Dans le courant de l'année 1894, elle a une grande attaque, suivie d'une hémiplegie gauche et d'une paralysie de la langue qui disparut peu à peu ; un an après une petite attaque est survenue et, il ya deux mois, une troisième ; depuis, elle est devenue très maladroite des mains.

Actuellement, elle nous présente des troubles psychiques et moteurs. Ses réponses sont contradictoires : interrogée sur le nombre des enfants qu'elle a, elle nous répondit trois, puis quatre ; la mémoire semble

fortement affaiblie, la malade est assez satisfaite, nous ne constatons point chez elle de manie de grandeur, au contraire, ses réponses traduisent habituellement un état de torpeur intellectuelle très accentué : c'est ainsi qu'il lui arrive de répéter automatiquement le même mot sans que celui-ci corresponde à son idée ; lorsque, en lui fermant les yeux, nous lui demandons quelle est la jambe qui est sur l'autre, invariablement elle nous répond : « Celle-ci », sans même se donner la peine de l'indiquer avec la main.

Elle a des insomnies et des maux de tête très fréquents.

Son teint est pâle sur le cou ; à la partie supérieure de la poitrine, se trouvent des cicatrices nombreuses et très visibles. Point de paralysie des jambes ni des bras, seul le muscle droit externe de l'œil semble faible, car il se produit un peu de strabisme convergent ; les mains tremblent tant au repos que pendant les mouvements intentionnels ; en outre, la malade présente des mouvements athétosiques du côté des doigts ; ceux-ci remuent tout le temps au repos, et même les efforts de la volonté ne parviennent pas toujours à maîtriser ces mouvements. Les paupières sont agitées d'un tremblement, la langue tremble, la parole est défectueuse, la malade avale des syllabes entières ; cependant son bredouillement est facile à comprendre. Regard vague, comme voilé. Elle s'est plaint d'une diminution de la vue. L'examen de l'œil a été fait à la clinique ophtalmologique ; en voilà les résultats :

Paup. sup., contraction spasmodique de l'orbiculaire.

Œdème léger de l'angle interne.

Voies lacrymales et conjonctive normales.

Réflexe pupillaire ralenti. Cornée transparente.

ODG, Fond de l'œil : papille normale, à contours nets ; circulation de retour légèrement ralentie ; un peu de congestion péri-pupillaire.

Kératoscopie VODB = 5/7, pas d'amélioration par les verres. Légère hyperm. + 1,6 OD.

Impossibilité de prendre le champ visuel, la malade ne pouvant pas fixer les objets.

Ne peut point se tenir à cloche-pied, sans s'appuyer ; les jambes commencent à trembler. Démarche spasmodique, sautillante, jambes écartées, attitude toujours un peu courbée, inclinée en avant et à droite, comme si elle avait de la peine à maintenir l'équilibre. Réflexes exagérés. Dynamomètre : main droite, 20 ; main gauche, 15.

Ganglions inguinaux hypertrophiés. Souffle systolique à l'aorte, avec renforcement du deuxième bruit. Le traitement spécifique est institué.

22 juillet. — La malade nous dit que sa mémoire est meilleure qu'elle n'était avant, qu'elle peut nous raconter toute son histoire, qu'elle tremble moins ; en effet, le tremblement a plutôt diminué et la malade raisonne mieux. Sans pouvoir crier au miracle, nous constatons plutôt du mieux dans son état.

Observation IV

(PERSONNELLE)

A... (Marie), vingt-sept ans, chanteuse au Casino, entrée le 15 mai dans le service de M. le professeur Grasset. Père alcoolique avéré, mort de tuberculose à cinquante et un ans. Mère morte à trente-neuf ans de paralysie générale avec délire des grandeurs. Grand-mère paternelle morte à soixante-huit ans d'une attaque qui l'a surprise quand elle revenait de l'église. Grand-père paternel, aussi alcoolique, mort jeune. Troubles respiratoires (asthme). Une cousine, bacillaire, a une fillette qui tousse et crache de naissance (huit ans). Une tante morte de maladie du foie à cinquante et un ans ; mariée, n'a pas eu d'enfants. Un oncle, mort à cinquante ans, de cholérine, a eu deux enfants, dont l'un est mort d'accident, l'autre, petite fille, à cinq ans, poitrinaire. Les sœurs de la malade sont brunes, ressemblent au père, se portent bien, mais ont un caractère vif, s'emportent facilement. La malade ressemble, par la figure, à sa mère. Deux sœurs ou frères sont morts en bas âge, à dix-neuf mois et deux ans.

En 1887, la malade fut infectée par la syphilis, dont la localisation fut exclusivement buccale et gingivale, c'est pourquoi elle n'a point laissé de traces ; fut traitée au début dans un couvent pour un mal blanc, puis, pendant deux mois, par le docteur G... On lui fit prendre du sirop de Gibert et de l'iodure de potassium. Mais ce traitement n'était pas complet, car, les deux premiers mois passés, elle ne suivit plus aucune médication jusqu'au printemps de l'année suivante ; elle reprit, par la suite le traitement chaque année (?) pendant quinze jours.

Depuis cette époque elle s'est faite chanteuse, a mené une vie assez orageuse et a fait des excès de boisson. Elle changeait souvent de domicile et a successivement chanté à Toulouse, à Bône, en Corse, en

Espagne, à Alger. Il est, dès lors, difficile de se procurer des renseignements sur l'état de sa santé, à cette époque. Nous savons, cependant, qu'il y a trois ans elle a eu trois attaques sans perte de connaissance, suivies de paralysie du bras droit et de la langue ; puis tout a disparu au bout d'une heure ou deux. Quand elle est revenue de Barcelone à Montpellier, il y a deux ans et demi, elle bégayait, tremblait et sa mémoire paraissait avoir beaucoup faibli ; son caractère est devenu mobile ; elle s'attristait et s'égayait sans raison. Cet état s'accroissant, ses sœurs l'envoyèrent voir un médecin. M. le professeur Rauzier, qui fut consulté à cette époque, c'est-à-dire le 24 juin 1894, a noté les phénomènes suivants : « L'air immobile et niais, pas de paralysie d'aucune espèce, pupilles contractiles à la lumière, tremblement préoratoire des lèvres, tremblement de la langue, bredouillement. Pas de mégalomanie, mais niaiserie dans les réponses. Réflexes exagérés. » M. Rauzier diagnostiqua « Paralysie générale progressive » et institua le traitement antisiphilitique mixte.

La note de M. Rauzier correspond exactement à ce que nous constatons dès son entrée à la clinique, c'est-à-dire deux ans plus tard : Les troubles psychiques prédominent toujours ; la mémoire est affaiblie, les réponses sont niaises. Le malade passe sa journée entière à lire un journal, et se lève à cinq heures pour aller le chercher, quoi qu'il ne puisse pas arriver à l'hôpital aussitôt ; mais, si on lui demande quelle est la date ou ce qu'elle a lu dans le journal, elle n'en sait rien ; elle oublie très vite les faits récents, ne se rappelle jamais le jour de la visite de ses sœurs et a perdu la saine notion des faits qui se passent autour d'elle. Un dimanche, étant allée à la messe, elle a vu que certaines personnes allaient communier et, sans réfléchir, elle les a suivies et a communiqué sans avoir été confessée préalablement. D'humeur toujours très mobile, elle rit et pleure facilement ; elle a souvent des insomnies ; souvent on la voit assise sur le lit, pleurant à chaudes larmes, sous les prétextes les plus futiles. Cependant la vie de l'hôpital ne l'ennuie point, elle est tout à fait satisfaite et ne parle pas de sortir. Les troubles de la parole sont très accentués ; on a souvent de la peine à comprendre son langage, les mots entiers disparaissent ou sont tellement défigurés qu'on ne les comprend plus.

La langue tremble, les paupières tremblent ; les muscles de la face présentent les mêmes mouvements involontaires et athétosiques que le mouvement des doigts dans l'observation précédente ; la femme a l'air de mâcher quelque chose. Les mains tremblent également, de telle sorte qu'il lui est impossible d'écrire, quoiqu'elle soit lettrée. Point

de signes de Romberg ni d'Argyll-Robertson. Pupilles égales, se contractant un peu lentement. Réflexes fortement exagérés aux bras et aux jambes. Démarche spastique : quand on la fait courir elle saute ; quand elle s'assied, c'est d'un seul coup, de sorte qu'elle tombe plutôt qu'elle ne s'assied.

DIAGNOSTIC

Après avoir exposé nos observations, nous tâcherons de justifier le diagnostic. Entre quelles affections peut-on hésiter ?

La neurasthénie, s'accompagnant d'affaiblissement de la mémoire et de troubles psychiques considérables, surtout dans les cas graves, ne peut pas nous arrêter longtemps, car dans tous les cas nous avons, en dehors des troubles psychiques, des troubles de l'appareil moteur, ce qui ne se voit pas dans la neurasthénie. D'ailleurs, cette maladie ne s'accompagne jamais avec des attaques épileptiformes et apoplectiformes qu'ont présentées nos malades.

Ce qui nous arrêtera beaucoup plus, c'est le diagnostic avec la syphilis cérébrale, qui n'est pas sans difficultés. D'abord, il nous semble indispensable de distraire de la syphilis cérébrale tout ce qui est du domaine des pseudo-paralysies syphilitiques qui, tout en étant d'origine syphilitique, ont tant de points de ressemblance dans leur tableau clinique avec la paralysie générale vraie que, faute d'autopsie, le diagnostic en est impossible. Quant à la syphilis cérébrale telle que nous l'entendons, c'est-à-dire distincte des pseudo-paralysies générales, elle se présente sous deux formes principales : tantôt ce sont des néoplasies syphilitiques, siégeant surtout

à la base du cerveau, associées à une méningite de la même région, tantôt c'est l'artérite syphilitique qui agit soit par ischémie, soit par une thrombose complète et un ramollissement consécutif du territoire irrigué par l'artère en cause. Dans le premier cas, les nerfs crâniens doivent fatalement subir des altérations diverses, en raison de leur confluence dans la région basilaire ; en outre, les lésions méningées ayant une évolution beaucoup plus rapide et moins progressive que celles de la paralysie générale, donnent lieu à des symptômes beaucoup plus alarmants et à caractère plus aigu que ceux de la paralysie cérébrale ; céphalée violente, délire et torpeur intellectuelle suivant de près les symptômes initiaux ; de plus, le traitement antisiphilitique amène une amélioration sensible et rapide des symptômes alarmants. Nous n'observons chez nos malades rien de semblable ; dans tous les cas, les nerfs crâniens sont restés indemnes. L'histoire de nos malades révèle de nombreuses poussées congestives suivies d'une détente, avant que le traitement spécifique puisse intervenir. En outre, les troubles psychiques de démence semblent prédominer sur les troubles moteurs, ce qui n'est point dans l'idée d'une lésion localisée et circonscrite. Quant à l'artérite syphilitique, nous en avons une observation qui peut nous servir de point de repère pour le diagnostic ; nous nous permettrons donc de la citer :

Observation V

(PERSONNELLE)

Élise B... quarante-six ans, paralysée depuis seize ans du côté droit, entre dans le service de M. le professeur Grasset le 1^{er} mai 1894, se plaignant de troubles de la vue et d'une maladie du cœur ; les premiers datent de deux semaines, la seconde de deux ans.

Mère sujette aux palpitations nerveuses, morte d'une apoplexie fou-

droyante à l'âge de soixante-seize ans. Père mort d'une fluxion de poitrine. Deux enfants sont morts jeunes.

Antécédents personnels. — Rougeole, variole dans l'enfance; blennorrhagie après le mariage; fièvre jaune et fièvres intermittentes; en outre, syphilis incontestable acquise avant la paralysie.

La *maladie actuelle* a débuté par une céphalée violente, des vomissements, la chute des cheveux, qui ont repoussés plus tard, et une éruption sur tout le corps de boutons dont elle garde encore les cicatrices. Cinq mois après, un jour en sortant du bain, elle sentit des tiraillements de la face et constata que son pied droit tournait constamment en dehors pendant la marche. La nuit suivante elle s'éveilla tout d'un coup et, se sentant mal, appela au secours, puis perdit connaissance. Quand elle reprit ses sens, elle se vit paralysée de toute la moitié droite du corps: la face déviée, la langue prise, le bras et la jambe droite immobiles. Durant la première année qui fit suite à cette attaque, elle présenta encore les troubles suivants: paralysie du voile du palais et impossibilité de lire et d'écrire; elle ne comprenait rien de ce qu'elle lisait et avait oublié l'orthographe. L'ouïe, le goût et l'odorat ont également disparu; elle a eu, en outre, de l'incontinence de l'urine et des matières fécales. Quatre crises caractérisées par des convulsions avec perte de connaissance se sont produites dans les quatre mois qui ont suivi l'ictus.

Puissent survenus des troubles de la vue, qui ont disparu sous l'influence du traitement spécifique. Depuis quelques années, ces troubles de la vue se sont reproduits, surtout du côté droit. Il y a deux ans, elle commença à être essouffée. Le sang lui montait à la tête, elle était prise de vertiges et par moments sentait comme des crampes dans la poitrine; les jambes s'enflaient le soir.

Actuellement, elle nous présente des reliquats de son hémiplegie: fourmillements et crampes dans les deux bras et la jambe droite, phobie de l'espace sans vertiges.

Examen objectif. — Réflexes exagérés, tendance à la contracture. Mouvements des membres droits difficiles; peut faire des mouvements peu étendus avec la main gauche, mais il lui est très difficile de mettre la main sur la tête et elle n'y arrive qu'avec la suppléance des muscles qui n'y participent pas normalement. Pas de tremblement de la langue. Sensibilité normale. Du côté du cœur, arythmie et faiblesse des battements; pouls irrégulier, petit.

A l'examen ophtalmoscopique, M. Truc a trouvé : *ODG* irido-choroïdite ancienne.

OD, lésions récentes. Irido-choroïdite avec trouble du corps vitré.

OG, chorio-rétinite avec atrophie optique et dégénérescence pigmentaire de la rétine.

En présence des troubles vasculaires du côté du cœur et des yeux et de l'installation, sans brusquerie, d'une hémiplegie, nous avons conclu à un ramollissement cérébral d'origine thrombotique produite par une artérite syphilitique. En comparant les troubles qu'a présentés cette malade à ceux des observations précédentes, nous sommes frappé par la prédominance et la persistance des troubles moteurs et sensoriels, par l'absence complète, en même temps, de démence et de troubles psychique. Il nous semble donc que ce qui distingue surtout l'affection dont sont atteintes ces trois malades de la syphilis cérébrale, c'est la prédominance des troubles psychiques démentiels sur les troubles moteurs, sans parler du bredouillement caractéristique, du tremblement, etc., dont la valeur séméiologique peut être contestée.

CONSÉQUENCES THÉRAPEUTIQUES

Jusqu'à présent nous n'avons fait que rassembler des matériaux utilisés en vue de la thérapeutique. Quel intérêt pratique peut-on retirer de tout cela ?

Déjà la seule constatation de la possibilité d'un état longtemps stationnaire dans le courant d'une maladie qui semblait jusque-là se caractériser par une marche toujours progressive, est une chose très encourageante au point de vue du

pronostic ; et puis ne pouvons-nous pas, ne devons-nous pas, dans l'intérêt du malade, espérer d'entraver, par tous les moyens dont nous disposons, la marche de la maladie ?

Nous sommes absolument de l'avis de M. Fournier qui n'admet pas la possibilité de guérison d'une lésion ne représentant plus que la cicatrice d'un processus anatomo-pathologique antérieur.

Il n'est que trop évident, en effet, que nul traitement ne peut remplacer les éléments de la substance cérébrale atrophies, disparus. Nous avons vu, au chapitre étiologie, quelle part énorme l'on doit attribuer à la syphilis dans la genèse de la paralysie générale. Toutes nos malades en sont atteintes, toutes ont subi le traitement spécifique et toutes en ont bénéficié.

Si l'espoir de guérison des cicatrices semble manquer de logique, rien ne répugne à l'idée de prévenir la formation de ces cicatrices, quand les éléments anatomiques n'ont pas encore disparu, qu'ils commencent seulement à faiblir et à dégénérer ; cette possibilité est affirmée par des cas nombreux de rémission admis par tous les auteurs. On ne connaît pas le mécanisme intime par lequel agissent la syphilis, l'alcoolisme et toutes autres causes dans la production de la paralysie générale, s'agit-il de toxines sécrétées par des microbes encore inconnus, comme le veut Strumpell, ou faut-il faire jouer le principal rôle à ces modifications du sang constatées par plusieurs auteurs tels que Ricord et Grassi, Wilbouchevitch, Kowalevsky. Il existe cependant un fait incontestable, c'est la tendance aux poussées congestives dans la paralysie générale.

Plusieurs auteurs croient que c'est à la disparition des poussées congestives qu'on doit attacher les rémissions et les guérisons qui ont été citées. Déjà Baillarger dit, qu'à la période de début, il ne s'agit pas de lésions organiques, mais de mouvements fluxionnaires du côté du cerveau, et qu'à cette

période l'espoir de guérison est très légitime. Fowille (1) croit, cependant, que la congestion laisse derrière elle un état plus ou moins marqué de troubles intellectuels et d'affaiblissement. Quoi qu'il en soit, ce qui nous intéresse pour le moment, c'est le rôle important qui est dévolu aux congestions ; c'est à la provocation de ces poussées congestives qu'est due l'influence néfaste de certains traitements hydrominéaux sur les paralytiques généraux (2). Tout traitement, au contraire, qui s'adressera à la congestion pour la combattre, pourra être utile à ces malades ; le traitement spécifique, en s'adressant à la source même de l'irritation, s'adresse indirectement à la congestion. La suppuration mentionnée par plusieurs auteurs comme ayant produit des rémissions et même des guérisons, n'est autre chose qu'une dérivation puissante. Enfin, l'hygiène, qui réussit si bien dans la paralysie générale des alcooliques, agit surtout en supprimant toutes les causes d'excitation. Donc, combattre par tous les moyens dont on dispose les mouvements fluxionnaires, et le faire sans se laisser décourager par la ténacité de la maladie !

(1) *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie*, 1878.

(2) Danger des bains de Lamalou dans la paralysie générale, Dr Donnadiou, *Montpellier Médical*, 1893.

CONCLUSIONS

I. — La paralysie générale présente, plus souvent qu'on ne le croit et qu'on ne l'a dit, une première période, de durée quelquefois très prolongée, durant laquelle on observe surtout des troubles somatiques et seulement quelques troubles mentaux, surtout démentiels. L'aliénation mentale confirmée peut succéder tardivement à cette *phase prédélirante*. D'autres fois les malades meurent sans avoir présenté d'aliénation.

II. — Dans toutes les observations que nous rapportons, la *syphilis* a pu être incriminée. Néanmoins nous admettons que d'autres facteurs étiologiques, en particulier l'alcoolisme, les excès, le surmenage, puissent jouer un rôle adjuvant, ou même provoquer à eux seuls l'éclosion de la maladie.

III. — En raison de la durée souvent très prolongée de la période prémentale, le pronostic de la paralysie générale nous paraît un peu moins sombre qu'on ne le proclame d'habitude.

Nous ferons remarquer que, dans tous les cas à rémission prolongée que nous rapportons, le traitement spécifique a été mis en usage dès le début.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

La littérature de la paralysie générale étant trop vaste, nous nous bornerons à faire une bibliographie aussi complète que possible des six dernières années; d'autant plus que les travaux plus anciens peuvent être trouvés au complet dans les traités classiques.

1889

- MOSSÉ. — Sur les urines chez les par. gén. (Revue de médecine, 1889).
- LEMOINE et LECORDONIER. — Des troubles moteurs dans la paralysie générale (Gaz. méd., Paris, 1889, 7 v., VI, 520, 529, 541).
- KRAFFT-EBING (V.). — Dementia paralytica oder progressive paralysis (Wien. m. Presse, 1889, XXX, 1801, 1847, 1889).
- BUDDEBERG. — Ueber die akut verlaufende depressive form der dementia paralytica (Allg. Zts. f. Psych. Berlin, 1889-1890, 46, p. 682).
- GREPPIN (L.). — Ueber 26 fälle von progressiver paralysie bei frauen (All. Zts. f. psych. Berlin, 1889-90, 46, 553-76).
- CRIPPS (H.). — The surgical treatment of general paralysis (Brit. m. J. London, 1889, II, 1215).
- OLIVER (C.). — An analysis of the ocular symptoms found in the third stage of general paralysis of the insane (Med. news, Phila., 1889, LVII, 287).
- An analysis of some of the ocular symptoms observed in so-called general paresis (Tr. Am. Ophth. soc. Hartf., 1889, 355-58).
- BRAMWELL (D.). — Case of general paralysie cured by antisyphilitic treatment (Stud. cl. med. Edimb. 1889-90, 230-34).
- SINCLAIR (G.). — A lecture on general paresis delivered at the (Halifax med. College, apr. 1890. Marit. m. News Halif., 1889-90, II, 33, 51).
- FLETCHER. — General paresis (Ind. m. J. Indianap. 1889-90, VIII, 243-45).
- FOLSOM. — The early stage of general paralysis (Brain, Lond. 1889-1890, IV, 5-32).

- KLIPPLEL. — Des lésions histologiques dans la paralysie générale des aliénés (Bul. soc. anat., Paris, 1889, 64, 635-42).
- KOBERLIN. — Ueber die art 49 und Häufigkeit der Erkrankung der Rückenmarks bei der progressiven paralyse (Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Berlin, 1889, 46, 577-96).
- POGGI (C.). — Il choc traumatico nella eziologia della paralysi generale progressiva (Arch. it. per le mal. nerv. Mil., 1889-90, XXVI, 420-27).
- ILIESCU. — Paralysie generala forma spinale (Spital. Buc., 1889-90, XII, 525-33).

1890

- BARAGER. — De la mort dans la paralysie générale (Paris, 1890, 101 p. in-4°, n° 176).
- FRÉLICH. — Deux fractures spontanées chez un paralytique général (Revue méd. ch., Nancy, 1890, XXII, 561-64).
- BARTHÉLEMY (H.). — Contribution à l'étude du mal perforant dans la paralysie générale progressive (Paris, Ollier Henri, 1890, 61 p. in-8°, n° 126).
- MARIÉ (A.). — Contrib. à l'étude des troubles oculaires dans la paralysie générale (Paris, 1890, 53 p. in-4°).
- CHARPENTIER. — Les intoxications et la paralysie générale (Paris, 1890, G. Née, 16 p. in-8°).
- PEETERS. — La paralysie générale à Gheel ; observ. et statistique (Bul. de la Soc. de méd. ment. d. Belg. Gand, 1890, n° 56, 20-27, 57, 144-158).
- TATY et BELOUS. — Des difficultés que présente le diagnostic de la paralysie générale (Loir. méd. St-Ét., 1890, XI, 113-123).
- RIST. — Variétés de la paralysie générale (Ann. méd. psych., Paris, 1890, 7 s., XI, 245-303).
- DARRICARRÈRE. — La paralysie générale dans l'année 1890, in-8°, 92 p. 2, f. 50).
- CHARPENTIER. — Les démences précoces (Gaz. des hop., Paris, 1890, 63, 879-81).
- Les démences précoces (Com. au 1^{er} Congrès des alién. fr., Rouen, 7 avril 1890).

- ZAGARI. — Delle alterazioni del talamo otticonela paralisia progressiva (Gaz. int. d. sc. med. Nap., 1890, XII, 951-54).
- DOTTO. — Contrib. alla base anat. pathol della paralisia progressiva (Sicilia med. Pal., 1890, II, 746-55).
- KLIPPEL. — Des lésions histologiques dans quelques cas de paralysie générale (Rev. d'hypn., Paris, 1890, I, 204-14).
- BUCELSKY. — Changes in nervous cellular tissue in progressive paralysis (Gaz. lek. Warsz., 1890, X, 686, 711).
- TARGOWLA. — Essai sur les fibres nerveuses intra-corticales dans la paralysie générale et dans la démence (Paris, 1890, 104 p.).
- SMITH (A.). — Records of several cases of general paralysis of the insane (Plula. Hosp. Rep. 1890, I, 295-301).
- KRONTHAL. — Lymph capillaren im Gehirn. Degeneration der Gefass capillaren bei der progressiven paralyse der Irren. (Neurol. Centr., Leipz., 1890, IX, 679-84).
- PICK. — Zur pathol. hystologie der progressiven paralyse (Neur. Centr. Leipz., 1890, IX, 674).
- MEYER. — Zur pathologischen anatomie der dementia paralitica (Neur. Centr. Leipz., 1890, IX, 610).
- CHARPENTIER. — Les démences précoces (Paris, Levé, 16 pag. in-8°, 1890).
- CHEVALIER. — La paralysie générale à l'asile de Dijon, 1843-1889 (Bord., 48 pag. in-4°, n° 72, 1890).
- LISSAUER. — Sehhügelveränderungen bei progressiver paralyse (Deut. m. Arc. Leipz, XVI, 561-64, 1890).
- STARC. — Zurfrage der Zunahme der progressiven paralyse (Arch. f. off Gsnd. Strassb., XIV, 1-8. 1890).
- HILL (G.-H.). — General paresis of the insane. (Med. News Phila., LVII, 477-79. 1890).
- REVINGTON. — The surgical treatment of general paralysis of the insane (Brit. m. J. Lond., I, 749, 1890).
- SMITH (R.). — The surgical treatment of general paralysis (Brit. m. J. Lond, I, 11, 1890).
- SAVAGE (G.-H. — The warnings of general paralysis of the insane. (Brit. m. J., Lond., I, 777-80, 1890. 784).
- SAVAGE (G.-H.). — The warnings of general paralysis of the insane. (Lanc. Lond., I, 1890. 753).
- ROSENTHAL. — Aphasia and general progressive paralysis (Gaz. Pek.. Warsz. X, 186-191, 1890).

BIANCHI. — Contrib. alla nozione semiotica del tremore della paralisi progressiva (Res. R. Ac. med. ch. Nap. (1889. 43. p. 53-57, 1890).

1891

DE BOECK. — Quelques considérations sur la démence paralytique (Cliniques Brux., V, 171-181.)

VALLON. (C.). — De la mort subite dans la paralysie générale des aliénés (Ann. d'hyg. Paris, 3, 1, 26, 259-165.)

V. DEN BERGH. — Les troubles oculaires dans la paralysie générale (Cliniques Brux., V, 129-132, 1891.)

ROUSSET. — Du rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie de la paralysie générale (Bul. méd. Paris, V, 743-48, 1891.)

ROUSSET. — Du rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie de la paralysie générale (Gaz. d. hôp. Paris, 64, 871-73, 1891).

COMBEMALE. — V. documents fournis par l'expérimentation, à l'appui de la valeur de l'alcoolisme comme cause de paralysie générale (Bul. méd. Nord, Lille, XXX, 485-94, 1891).

COMBEMALE. — Rapport de la paralysie générale précoce avec l'alcoolisme ancestral (Bul. méd. Nord, Lille. XXX, 546-552, 1891).

POINSOT. — Paralysie générale ; accidents cérébraux par la présence de dents pathologiques dans la bouche (C.-r. Cong. dent. int. 1889. Paris, 91-95, 1891.

DE BOECK. — Quelques considérations sur la paralysie générale (J. d. méd. Brux., p. 260-68, 1891-1892).

GUILLEMIN. — Contrib. à l'étude de la rémission dans la paralysie générale (Ann. méd. psych. Paris, 7 s., XIV, 370-76, 1891).

GARAND. — Note sur un cas de paralysie générale spinale à marche rapide et curable (Loire méd. St-Ét., X, 101, 157, 1891).

FOX (B.). — De quelques formes insolites de la paralysie générale (Ann. psych. Paris, n. s., 337-40, 1891.

FÉRÉ. — Note sur un cas de sialorrhée paroxystique dans la para-

- lysie générale (C.-r. soc. biolog., Paris, 9 s., 321-23, 1891).
- KLIPPEL. — Paralyse générale et tuberculose pulmonaire (Ann. d. psych. Paris, n. s., 203-8, 1891).
- BOUCHAUD (J.). — De la fréquence relative de la paralysie générale chez les laïques et chez les religieux (Ann. méd. psych. Paris, 7 s., XIII, XIII, 363-83, 1891).
- WEILHON. — Contrib. à l'étude de la paralysie générale considérée chez les Arabes (Ann. méd. psych., Paris, 1891, Is., XIII, 384-97).
- ACQUERIN. — Contrib. à l'étude méd. légale de la paralysie générale, (Paris, Jouve. 1891, 74 p. 8°).
- SHAW (T.). — Die chirurgische Behandlung der progressiven Paralyse der Irren (Wien. med. Bl., 1891, XIV, 609-627).
- BARSVINSKI. — Ueber dementia paralytica mit besonderer Berücksichtigung ihres Prodromal-stadiums (Aer. Prod., Hamb., 1891, II, 425-441).
- KIERNAN. — Paretic dementia and life insurance (J. Am. M. ass. Chic. 1891, XVII, 787).
- COTTAM. — A case of general paralysis of the insane with crossed reflexes (Lanc. Lond. 1891, II, 288).
- MACPHERSON. — Remarks on the surgical treatment of general paralysis of the insane (Tr. med. ch. soc. Edimb. 1891-92, n. s. XI, 167-283).
- SHAW (T. C.). — Surgical treatment of general paralysis of the insane. (Brit. m. j. Lond., 1891, II, 581-83 [Disc.] 596).
- FOX (B.). — Some unusual cases of general paralysis (J. ment. sc., Lond., 1891, 37, 389-402).
- MACY. — (W.) A few remarks on general paresis (N. Y. M. J., 1891, LIV, 663).
- KINDRED. — Some observations on general paresis (Virg. m. month., Rich., 1891-92, XVIII, 425-37).
- FOLSOM. — Some points regarding general paralysis (Bost. m. et S-J., 1891, 125, p. 236-39).
- Some points regarding general paralysis (Am. J. Insan., Utic. N. U., 1891-92, 48, 17-36).
- TROWBRIDGE. — Ninety cases of paretic dementia. Alien et neur., (St Louis, 1891, XII, 146-153).

- LUYS. — Contribution à l'étude de l'anatomie path. de la paralysie générale (Ann. d. psych. Paris, 1891, 3, 21-25).
- BATON. — Un certain microscopical changes in the nerves of the limbs in cases of general paralysis of the insane. (Brain, Lond., 1891, XV, 241-49).
- POLIAKOF. — Paranoic delirium in progressive paralysis (Arch. psych. Charkow 1892, XVII, 109-118).
- MENDEL. — Die pathologische Anatomie der dementia paralytica (Verh. d. x nit med. Cong. 1890 Berc., 1891, IV, 85-94).
- BINSCHWANGER. — Demonstration zur pathologischen anatomie der allgemeinen progressiven paralysie (Neurol. Cent. Leipz., 1891, X, 618-22).
- LLOYD. — General paresis (Med. S. Rep. Phila., 1891, 65, 405-411).
- PHELPS. — General paresis (Hosp. B. Sec. Min. t. I, Insane Roch., 1891-1892, 1, n. 2, 3-11).
- SAVAGE (G.-H.). — General paresis. (Med. press. et C., Lond., 1891, n. s., LII, 351-53).
- General paralysis (Med. press. et C., Lond., 1891, n. s. LII, 410-12).
- SINCLAIR. — Paresis of general paresis of the insane. (Int. Clin. Phila., 1891, II, 290, 302).
- KIERNAN. — Impure paretic dementia. (Rev. Insan. et Nerv. dis. Milw., 1891-1892, II, 351-58).
- KUZNEZOFF. — On the recovery from progressive paralysis of the insane. (Vrach., St-Peters., 1891, XII, 267-69).
- BRAZZOLA. — Contributo all' anatomia path. ed alla patogenesi della paralisi progressiva (Arch. it. per le mal. nerv. Mil., 1891, 28, 195-216).
- VIZIOLI. — Degli accessi di letargia nel corso della paralisi progressiva (Lav. et Cong. d. med. int. Mil., 1891, IV, 354-65).
- ROSCIOLI. — La paralisi progressiva nell'Italia merid. (Manicomio med., Noceras, 1891, VII, 33-74).
- LUPIANEZ. — Contrib. al estudio de las causas y síntomas iniciales de la parálisis general de los alienados (Rev. med. d. Sevilla, 1891, XVII, 201, 238).

1892

- VALLON. — Mutilation par mouvements automatiques chez les paralytiques généraux (Ann. d'hyg., Paris, 1892, 18, 534-39).

- BOUBILA et AL. — Du chlorure d'or et de sodium dans la paralysie générale progressive (Ann. méd. psych., Paris, 1892, J. 3, XV, 80, 240).
- KLIPPEL. — Du processus histologique et de la nature de la paralysie générale (Arch. de méd. exp., Paris, 1892, IV, 710-724).
- Lésions des poumons, du cœur, du foie et des reins dans la paralysie générale (Arch. de méd. exp., Paris, 1893, IV, 545-574).
- Lésions du foie dans la paralysie générale, du foie vaso-paralytique (Gaz. h. de méd., Paris, 1892, 29, p. 17-20).
- JOFFROY. — Contrib. à l'anat. path. de la paralysie gén., (Arch. de méd. exp., Paris, 1892, IV, 841-50).
- ROSSI. — Supra alcune localizzazione anat. path. della paralisi progressiva (Ann. de neurol., Turino, 1892, 109-120).
- IRLAND. — General paralysis of the insani in British Guiana (M. Arm. Demerara, 1892, 102-112).
- CARTER. — Remarks on the spinal cord lesion in general paralysis (Med. Press. et C. Lond., 1892, LIV, 291).
- LOUBINOFF. — On fibre bundles in cerebral corte in progressiva paralysis of the nisane (St-Petersb., 1892, 44, 8°).
- SCHLESINGER. — Ein beitrag zur anatomische diagnose der progressiven paralyse aus dem Rückenmarksbefund C. f. nerv. u. Psy., Leipz., 1892, III, 438-461).
- PÉROCHAUD. — Paralysie générale ; pneumonie ; myélite pneumococcienne. (Gaz. Méd., Nantes, 1892-3, XI, 3).
- CHARCOT ET DUTIL. — Sur un cas de Paralysie générale progressive, à début très précoce. (Arch. de neur. Paris, 1892, xxiii, 145-156).
- KLIPPEL ET BÉTAN. — Des troubles de la respiration dans les maladies mentales et, en particulier, dans la paralysie générale. (C. r. Soc. biolog., Paris, 1892, g. s, IV, pl. 2, 49-53.)
- CHARCOT. — Paralysie générale chez l'adolescent. (Merc. med. Par, 1892, III, 61-63).
- REDLICH. — Zur charakteristik des reflectorischen pupillenstarre, bei progressiver paralyse. Nenrol. Cent. Leipz. 1892, XI, 307-12.
- V. KRAFFT-EBING. — Zur differential diagnose der dementia paralytica und der neurastheniacerebralis. (Feth. z. Feier. d. Jub d. Anst. Ill. Weid. 1892. 65-76).

- KORNFELD. — Ueber die Genese und die pathol. anat. Grundlage des Grossenwahnes bei paralyt. progr. (All. Ztg. f. Psych. Berlin, 1892-3, 49, 337-381).
- KAES (J.). — Beiträge zur ätiologie des allgemeinen paralyse nebst einleitenden allgemein statistischen bemerkungen. (All. Ztg. f. Psych. Berlin, 1892-3, 49, 614-649).
- OEBEKE. — Zur ätiologie des allgemeinen fortschreitenden paralyse. Allg. Zts. f. Psych., Berlin, 1892-3, 49, p. 1-50.
- ASCHER. — Ueber aphasie bei allgemeiner paralyse. (Allg. Zts. f. Psych. Berlin, 1892-3, 49, 256, 77 1 pl.
- SACHS. — General paresis (Int. clin. Phila., 1892, 23, 150-57).
- MACPHERSON et WALLACE. — Remarks on the surgical treatment of general paralysis of the insane (Brit. m. J., Lond., 1892, II, 167-170).
- PLATONOFF. — Progressive paralysis of the insane, combined with syphilis and its treatment (Arch. psych. etc., Charkov, 1892. XIX, 1-21,
- WILSON (G.). — The diathesis of general paralysis (J. ment. sc., Lond., 1892, 38, p. 30-41).
- JACOBSON. — The relative importance between general paralysis of the insane and syphilis (J. ment. sc., Lond., 1892, 38, 175-185).
- HOUGBER. — Contribution to knowledge of etiology of progressive paralysis with special regard to syphilis (Helsing, 1892, 142 p., in-8°).
- MORAVEZIK. — On the initial phenomena of progressive paralysis. Orv. het., Buda, 1892, 36 p., 1, 15.
- SACHS. — General paresis of the insane (Int. clin. Phila., 1892, II, 125-130).
- GEIL (C.). — Bidrag til bedømmelse af den progressive generelle Parese (Hosp. Tid., kjob., 1892, 3. R. X, 273, 297, 331).
- NORBURY. — Criminal responsibility in the early stages of general paralysis. Tr. Ill. m. soc. Chic., 1892, 42, 358-968.
- MINOLA. — Il cloruro d'oro e di sodio nella cura della paralisi progressiva. (Gaz. med. lomb. Mil., 1892, LI, 385).
- GRIMALDI (A.). — Follia paralitiforme alcoolica (pseudo-paralisi generale alcoolica) (N. Riv. di psych., Nap., 1892-93, 65 69).

TONOLI. — Paralisi generali progressiva ed isterisma (Gaz. med. lomb. Mil., 1892, LI, 475, 490.

1893

VALLON. — Gangrène de la lèvre par succion chez un paralytique général (Arch. de Neuro., Paris, 1893, XXV, 224-27).

BALLET (G.). — Les troubles oculaires dans la paralysie générale progressive (Progr. méd. Paris, XVII, 433-36, 1893.

DONADIEU. — Du danger des bains de Lamalou dans la paralysie générale (N. Montp. méd., II, 685-88. 1893.

MAURAN (M.). — Contribution à l'étude de l'étiologie de la paralysie générale progressive (Toulouse, thèse de doctorat), 1893.

NICOULEAU — Les causes de la paralysie générale (statistiq. d. St-Yon) (Ann. méd. psych. Paris, XIII, 13-37, 1893).

MAIRET. — Aliénation mentale syphilitique (Par., Alcan., in-8°, 37-50, 1893).

FOURNIER. — Syphilis et paralysie générale (Bul. méd. Paris, VII, 407-10, 1893.

FOURNIER — Syphilis et paralysie générale (Bul. méd. Paris, VII, 383-87, 1893).

LEGRAIN. — Contrib. à l'étude de la paralysie générale chez l'adolescent (Ann. Policl. Paris, III, 113-138, 1893.

MAGNAN. — Recherches sur les centres nerveux, alcoolisme, folie héréditaire, paralysie générale, médecine légale. In-8°, avec 27 fig. 12 fr., net 9 fr. 60.

ROBERTSON. — Case of marked improvement in general paralysis with remarks, on the treatment (Glasg. M. J., 1893, XL, 414-18.

TODD (F.). — The salient features of general paralysis of the insane (Toledo m. et s. Rep., 1893, VI, 497-501).

PIETERSON. — The etiology of general paralysis of the insane (Birm. M. Rev., 1893, 33, 293-211.

HERRICK. — Report upon the pathology of a case of general paralysis. (J. Cimp. Neurol. Granville, O. 1893, III, 141-162, 5 pl.

PETERSON. — The relation of syphilis to general paresis N. Y. m. J., 1893, LVIII, 640-43.

- JAUSSAUD. — Etude sur le diagnostic de quelques paralysies générales (Thèse de Montpellier, 1893).
- NOLAN (M.). — Syphilitic general paralysis. J. ment. sc., Lond., 1893, 39, 217-224.
- VALIN (H.). — Recovery in general paralysis. Chic. Clin. Rev., 1893, II, 111-118.
- MICKLE. — On general paralysis with a critical digest. (Brain, Lond., 1893, XVI, 50-85).
- BULLEN. — Inquiries into a variation of type in general paralysis. J. ment. sc. Lond., 1893, 39, 185-93.
- ZACHER. — Twee gevallen van delirium acutum bij dementia paralytica tengevolgen van smeerkür. (Psych. Bl. Amst., 1893, XI, 69-81).
- PRESTON (G.). — A case of probable meningeal hemorrhage with symptom. resembling general paresis Maryl. M. J. Balt., 1893, 29, 287-89.
- FISHER (E). — Pachymeningitis hemorrhagica interna; intercurrent diseases in general paresis (Med. Rev. N. Y., 1893, XLII, 152.)
- WIGLESWORTH. — General paralysis occurring about the period of puberty. (J. med. sc. Lond., 1893, 39, 355-67).
- CHRISTIANI (A.). — Contributo allo studio dell' etiologia della paralisi generale (Riv. sperim. di freniatr. e di med leg., XIV, 2-3).

1894

- FRENEL (M.). — Symptômes spasmodiques et contractures permanentes dans la paralysie générale (Par. Steinheil, 1894, 135-9, 1^{re}-8°).
- DURANTE. — Des troubles trophiques et des troubles circulatoires dans la paralysie générale (Gaz. h. d. méd., Paris, 1894, XLI, 98, 111).
- KLIPPEL et SERVEAUX. — Contrib. à l'étude de l'urine dans la paralysie générale (Arch. d. neur., Paris, 1894, 98, 365-79).
- SIEGMUND. — Des modifications de l'urine chez les aliénés, en particulier chez les paralytiques généraux (Th. de Leipz, 1894).
- VALLM (C.). — Pseudo-paralysies générales saturnine et alcoolique (Paris, Masson, 1894, 104 p. in-8°).
- JOFFROY. — Folie secondaire chez une dégénérée syphilitique présentant de l'artério-sclérose, une affection cardiaque et de l'al-

- buminurie, diagnostic avec la paralysie générale (Bull. méd., Paris, 1894, VIII, 1019-1021).
- HENRI (Léon.-C). — Contribution à l'étude des rapports de la syphilis et de la paralysie générale (paralysie générale juvénile, paralysie conjugale (Bordeaux, 1894, 78 p., in-4°, n. 98).
- MAGNAN et SERIEUX. — La paralysie générale (Paris, 1 volume, petit in-8° de l'Encyclopédie des aides-mémoires, 2 fr. 50).
- MAGNAN (V.) et SERIEUX (Paul). — La paralysie générale (G. Masson, 193 p., in-12°).
- DERIGNAC. — Paralysie générale à forme mélancolique d'emblée (Limousin méd., Limoges, 1894, XVIII, 86-88).
- CHABBERT. — Sur un cas de paralysie générale à formes de tabes au début chez un syphilitique (Arch. de neurol., 88).
- BARUK (J.). — Les hallucinations dans la paralysie générale (Paris, 1894, G. Steinheil, 101 p.).
- DURANTE (G.). — Des complications viscérales de la paralysie générale progressive (Gaz. d. hôp., Paris, 1894, 213-241).
- WOLLENBERG. — Recherches statistiques et cliniques sur la paralysie générale chez la femme, 1894 (Arch. f. Psych., 1894, XXVI, 2).
- IDANOW (I.). — De la paralysie générale chez la femme ; étiologie et clinique (Ann. médico-psych., mai-juin, 1894, 7 s., XIX, 382-457).
- MOUSSONS (A.). — De la forme infantile de la paralysie générale (Méd. Inf., Paris, 1894, 1, 449-52).
- EHLERS (E.). — Syphilis et paralysie générale en Islande (Ann. de dermatol. et de syphilis, 1894).
- KAES (I.). — Statistische Betrachtung über die Wichtigsten somatischen Anomalien bei allgemeiner Paralyse (Allg. Zts. f. psych., Berl., 1894, II, 719-769).
- HOCHE (A.). — Degenerative Muskelatrophie bei progressiver Paralyse (Neut. Cent. Bl., 1894, sept., 1).
- SIEMERLING. — Ein fall von progressiver Paralyse, complieirt durch chronische progressive Ophthalmoplegie (Arch. f. Psych., Berl., 1894, XXVI, 889).
- CRAMER (A.). — Das Ulnaus-Symptom bei Geisteskranken insbesondere beider progressiven Paralyse (München med., Wochenschr., 1894, XIII, 552, 573).
- BINSWANGER. — Die Abgrenzung der allgemeinen progressiven Para-

- lyse (Berl. Klin. Wochenschr., 1894, XXXI, 11, 1103, 1137, 1180).
- KRAFFT EHING. — Ueber die Zunahme der progressiven Paralyse im Hinblick auf die sociologischen factoren (Jarb. f. Psych. Leipz., 1894-5, XIII, 127-143).
- GUDDEN (H.). — Zur aetiologie und symptomatologie der progressiven, Paralyse mit besonderer Beruck sichtigung des Traumas and der im jugendlichen Alter vorkommenden falle von, Paralyse (Arch. J. Psych., Berl., 1894, XXVI, 430-471).
- KAES (T.). — Statistische Betrachtungen über Ausbruch Verlauf, Dauer und Ausgang der allgemeinen Paralyse nebst inhehender Berucksichtigung der Befunde an der Leiche, namentlich an der Lungen jedoch mit Ausschluss der centralnerven systems. (Allg. Ztschr. f. Psychiat., etc., Berl., 1894, 113-162).
- KUNDT. — Statistisch-casuistische Mittheilung zur Kenntniss der progressiven Paralyse (All. Ztsf. f. psych. Berl., 1893-1894, L, 258-297).
- NEISSER. — Mittheilung über Vorangesange Pchychosen bei Paralytikern (Des troubles psychiques précédant la paralysie générale) (Berl. klin. Wochensch., 17 sept.),
- HEILLBRONNER (K.). — Ueber krankheitsdauer und Todesursachen bei der progressiven Paralyse (Allg. Ztschr. f. Psychiat. Berlin, 1894, 22-97).
- HOYT (F.). — The Trophoneurose of paretic dementia (Am. J. Insan. Chic., 1894-1895, LI, 51-53).
- BECA (M.). — Pseudo-paralysis general alcoolica (Rev. med. d. chile, s. d. Chile, 1894, XXII, 273-83).
- BERKLEY. — On the pathology of dementia paralytica (Am. J. Insan., Chic., 1894-1895, LV, 289-301).
- MIDDLEMASS. — Developmental general paralysis (J. ment. sc. Lond., 1894, XL, 36-48).
- BRISTOWE. — Sequel of a case of general paralysis of the insane ab puberty (Brit. m. J. Lond., 1894, I, 1125).
- JACOBSON. — Relation of sex to tabes dorsalis et Dementia paretica (Hosp. , kjob., 1894, 4 R, II, 961-67).
- ELKINS. — Remarks upon twentyeight cases of adult female general paralysis admitted to the R Edinburg asylum during the five years, 1889, to 1894, Lanc., Lond., 1894, I, 1495-97).

- BURING-BOEKHENDT. — De berkenning van dementia paralytica (Gen. Bl. ü. kl. en lab. v. d. prakt. Haarl., 1894, I, 201-5).
- MARRO et RUATA. — Effeti di prolungate e abbondanti suppurazioni nella paralisi progressiva con applicazioni terapeutiche (G. d. r. Ac. d. med., Torino, 1894, 3 s. XLII: 381-87).
- CHRISTIANI (A.). — Demenza paralitica (paralise generale progressiva) d'origine puerperale (Riforma Med., Napoli, 1894 sept. 3, 773-775).
- LOJACONO LIBORIO. — La paralise generale progressive in Sicilia (Nap. Tocco, 1894, 120 p. bt., 8°).
- FOURNIER. — Affections para-syphilitiques, 1894.

1895

- LAMY (H.). — La syphilis des centres nerveux (In-16, 204 p.).
- RIEDER. — Recherches sur les urines à la deuxième période de la paralysie générale (Paris, 1895, thèse de doctorat).
- HILLENBERG. — Contrib. à la séméiologie de la paralysie de l'épilepsie (Neurol. Cent. Bl., 1895, avr. 15. mai 1).
- LAGRANGE. — Sur l'étiologie de la paralysie générale progressive (Cong. f. des Méd. et Neur., Bord., 1895, avril 5).
- DELMAS. — Maladies infectieuses aiguës et paralysie générale. Contribution à l'étude étiologique de la paralysie générale (Paris, thèse de doct., 1895).
- BAUDRON. — De la possibilité d'un diagnostic précoce de la paralysie générale progressive, 1895.
- HANNION. — Les pseudo-hallucinations de la paralysie générale (Union méd. du Nord-Est, 15 mai).
- BERGER (C.). — Des fugues dans la paralysie générale (Arch. clin., Bord. 1895, IV, 25-34).
- LEGRAIN. — Sur la pathogénie des attaques épileptiformes dans la paralysie générale (Ann. méd. psych., Paris 1895, 8 s. I, 98-112).
- DUBREUILH. — Obs. de paralysie générale compliquée d'accidents hystériformes (Cong. f. de méd. al. et neur., Bord., 5 avril 1895).
- KLIPPEL et DUMAS. — De la paralysie vasomotrice dans ses rapports avec l'état affectif des paralytiques généraux (Cong. f. des méd. al., Bord, 5 avril 1895).

- JOFFROY (A). — De la paralysie générale à forme tabétique (N. Icon. Salpét., Paris, 1895, VIII, 30-40).
- LUERMANN. — Paralysie progressive dans le jeune âge et tabes chez les gens mariés (Neuv. Cent. Leipz., 1895, n. 14).
- TURNER. — (Sulphates in the urine of général paralytics with special reference to the seizure in this disease., J. med. sc., Lond. 1895, XLI, 14-31).
- NAGEOTTE. — Tabes et paralysies générales (Paris, Steinheil).
- FRENEL. — Symptômes spasmodiques et contractures permanentes dans la paralysie générale (Paris, Steinheil).



Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 23 juillet 1896.

Pour le Recteur :

L'Inspecteur d'Académie délégué,

L. YON.

Vu et approuvé :

Montpellier, le 23 juillet 1896.

Le Doyen,

MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque !
